DE LA GLANDE COCCYGIENNE

ET

DES TUMEURS DONT ELLE PEUT ÊTRE LE SIÉGE.

2e SÉRIE.

N° 536.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG,

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

le Mercredi 19 Décembre 1860, à trois heures,

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE,

PAR

ÉDOUARD PERRIN,

de Saulx (Haute-Saône),

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

STRASBOURG,

DE L'IMPRIMERIE D'EDOUARD HUDER, RUE DES VEAUX, 4.

1860.

A MA FAMILLE.

A MES COLLÈGUES ET AMIS.

E. PERRIN.

A M. LE PROFESSEUR MICHEL,

MON PARENT ET MON MAITRE.

Reconnaissance.

E. PERRIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

PROFESSEURS.

MM.	EHRMANN ✻, Doyen.	Anatomie et anatomie pathologique.
	FÉE O✻	Botanique et histoire naturelle médicale.
	STOLTZ✻	Accouchements et clinique d'accouchements.
	FORGET ✻.	Pathologie et clinique médicales.
	CAILLIOT ✻	Chimie médicale et toxicologie.
	RAMEAUX	Physique médicale et hygiène.
	G. TOURDES✻. . . .	Médecine légale et clinique des maladies des enfants.
	SÉDILLOT O✻	Pathologie et clinique chirurgicales.
	RIGAUD ✻.	Pathologie et clinique chirurgicales.
	SCHÜTZENBERGER ✻ .	Pathologie et clinique médicales
	STŒBER ✻	Pathologie et thérapeutique générales. Clinique ophthalmologique.
	KÜSS	Physiologie. Clinique des maladies syphilitiques.
	MICHEL	Médecine opératoire. Clinique des maladies syphilit.
	L. COZE.	Mat. médicale, pharmacie et thérapeutique spéciale.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. ARONSSOHN ✻.	MM. HELD.	MM. HERRGOTT.
BACH.	KIRSCHLEGER.	KŒBERLE.
STROHL.	WIEGER.	MOREL.
HIRTZ.	DAGONET.	BŒCKEL (E.).
		HECHT.

AGRÉGÉS STAGIAIRES.

MM. SPIELMANN, AUBENAS, ENGEL et P. SCHÜTZENBERGER.

M. DUBOIS, secrétaire, agent comptable.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE.

MM. MICHEL, président;
STŒBER,
DAGONET,
KŒBERLE.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

DE LA GLANDE COCCYGIENNE

ET DES

TUMEURS DONT ELLE PEUT ÊTRE LE SIÉGE.

INTRODUCTION.

M. le professeur Michel ayant enlevé chez un adulte, en ma présence, une tumeur située à la région coccygienne, je me suis demandé si cette tumeur ne pouvait pas être due à un état morbide de la glande coccygienne. Je dirigeai donc mes recherches de ce côté et je ne tardai pas à reconnaître qu'aucun travail d'ensemble de ce genre n'a été tenté. Alors j'essayai de réunir les matériaux épars sur cette question, afin d'en tirer, si c'est possible, quelques corollaires. — J'ai dû recueillir forcément deux ordres de faits, les uns antérieurs à la découverte de la glande coccygienne, les autres postérieurs. Les premiers se trouvent rassemblés dans une thèse soutenue à Strasbourg par M. le docteur Vehling, sous le titre d'*Essai sur les tumeurs enkystées de l'extrémité inférieure du tronc fœtal*, année 1846. Les autres sont extraits des journaux de l'année courante. Je ferai remarquer en outre

qu'il m'a été impossible, malgré les recherches que j'ai faites dans la plupart des publications périodiques françaises, de trouver un seul exemple de tumeur chez les adultes.

J'ai pu cependant en recueillir trois exemples :

1° Celui que j'ai signalé plus haut.

2° Le second provient de la clinique de M. le professeur Stoltz. Enfin un troisième appartient à M. Ehrmann, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Avant de rapporter ces faits, il est évident qu'en raison de la nouveauté du sujet, je dois donner les détails anatomiques connus sur la glande coccygienne; et afin de ne rien omettre de ce qui en a été dit par l'habile anatomiste qui l'a découverte, je transcrirai sa description, telle que je la trouve sous le nom de M. Luschka, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* du 20 avril 1860.

Cette description a été traduite de l'allemand, et prise dans le mémoire qui a paru dans les archives d'anatomie pathologique de Wirchow, t. VIII, nouvelle série, p. 106.

Nous donnerons ensuite le résultat des recherches que M. le professeur Michel a bien voulu faire en notre présence sur le même sujet.

ANATOMIE.

«Cette glande, dit M. Luschka, située dans la profondeur du petit bassin et dont l'existence est constante, est un organe impair, du volume d'un pois environ, ovalaire, jaune rougeâtre, à surface inégale. Elle est située immédiatement au devant du sommet du coccyx, dans une espèce de gouttière médiane comprise enrte les deux insertions tendineuses du releveur de l'anus à la quatrième pièce du coccyx; en avant, elle est recouverte par les faisceaux du rétracteur de l'anus (dépendance du releveur) et son aponévrose; en arrière, elle répond à l'insertion coccygienne du sphincter anal. On la découvre le plus

commodément par son côté postérieur, en disséquant et en enlevant successivement la peau et le sphincter de l'anus. Comme elle est plongée dans une atmosphère assez abondante de graisse, il est avantageux de faire d'abord cette préparation sur des sujets très-amaigris. Il n'est pas rare de trouver la glande coccygienne, composée de cinq à six granulations séparées, du volume d'un grain de millet, suspendues en grappe à des branches très-déliées de l'artère sacrée moyenne et réunies entre elles par du tissu cellulaire. Elle ressemble alors beaucoup aux granulations que l'on rencontre fréquemment dans le voisinage des reins chez les chondroptérygiens et qui paraissent, d'après les recherches de Stammer, être l'analogue des capsules surrénales. Ces granulations existent d'ailleurs également, dans les cas où la glande paraît à première vue être formée par une seule masse homogène.

«Le parenchyme de la glande coccygienne a toujours une consistance très-considérable. Pour l'examiner au microscope, il faut le déchirer à l'aide d'épingles, ou bien en faire des coupes très-minces avec des ciseaux; la plupart des détails de structure deviennent, d'ailleurs, plus apparents par l'addition d'acide acétique. En procédant ainsi, on distingue dans le tissu propre de la glande, d'une part, un stroma formé par du tissu consécutif condensé et riche en noyaux, d'autre part par des vésicules et des culs-de-sac qui sont renfermés dans les alvéoles du stroma.

«Les vésicules, dont les diamètres varient de 0,04 à 0,13 millimètres, sont disséminées en plus ou moins grand nombre parmi les autres éléments. Par leur apparence extérieure, elles ressemblent aux follicules clos du tube digestif; mais elles s'en distinguent par l'absence de vaisseaux et d'un stroma aréolaire dans leur intérieur.

«Les culs-de-sac ont une forme et une disposition très-irrégulières. Ils sont plus ou moins tordus, contournés de différentes manières et présentant çà et là des étranglements très-marqués. Ordinairement simples, ils sont d'autres fois munis d'appendices, dont la forme varie beaucoup, ou bien ils se ramifient de manière à simuler assez exacte-

ment la disposition des glandes acineuses. Jamais ils ne se réunissent en un conduit excréteur commun.

«Les culs-de-sac aussi bien que les vésicules sont formés par une membrane fondamentale hyaline, anhyste, plus ou moins confondue avec le stroma fibreux, et d'éléments cellulaires contenus dans cette membrane. La forme et la disposition de ces derniers éléments sont soumises à de nombreuses variations. Le plus souvent, la face interne de la membrane fondamentale est tapissée de cellules à noyaux arrondis analogues à l'épithélium glandulaire; ailleurs, ces cellules se présentent avec les formes irrégulières de certains éléments épithéliaux des plexus choroïdes. Le reste de la cavité est rempli par une masse amorphe dans laquelle sont disséminés un grand nombre de noyaux et de cellules à noyaux; le revêtement épithélial n'existe pas toujours. Enfin, chez les nouveaux-nés, on rencontre assez souvent dans quelques vésicules des cellules épithéliales cylindriques, dont quelques-unes sont munies de cils vibratiles. Ce sont ces mêmes cellules que M. Luschka a rencontrées dans quelques cavités d'un kyste multiloculaire, congénital, du périnée.

«La glande coccygienne reçoit un grand nombre de petits vaisseaux émanés de l'artère sacrée moyenne et qui se distribuent autour des vésicules et des culs-de-sac, en réseaux capillaires à mailles assez larges. On y trouve, en outre, une énorme quantité de nerfs provenant du ganglion coccygien, du ganglion impair; ou, en l'absence de celui-ci, de la réunion en anse des extrémités inférieures des deux grands sympathiques. Ces nerfs forment dans le parenchyme de la glande des plexus à mailles très-serrées, où l'on voit assez souvent des cylindres primitifs se terminer par une extrémité libre renflée en massue; ces extrémités paraissent porter une cellule ganglionnaire, comme les terminaisons nerveuses où on les rencontre presque constamment, d'après Kölliker, parmi les branches du dernier nerf sacré.

«Par sa structure, la glande coccygienne se rapproche singulièrement des glandes dites vasculaires. Il est très-remarquable qu'elle se trouve

placée à l'endroit qui correspond à l'extrémité inférieure de la corde dorsale, et que l'autre extrémité de celle-ci arrive au grand lobe de la glande pituitaire; or, il s'agit encore ici d'une glande vasculaire, et elle se trouve, en outre, avec l'extrémité céphalique des grands sympathiques dans les rapports identiques avec ceux que la glande coccygienne affecte avec leur extrémité inférieure. Il serait cependant prématuré de vouloir se prononcer dès aujourd'hui sur le développement de la glande coccygienne ; mais on peut admettre déjà que c'est dans cette glande que se développent certains kystes congénitaux du périnée.»

M. le professeur Heschl, qui confirme en tous points les faits annoncés par M. Luschka, ajoute cette observation : Il trouva chez un embryon de trois mois et demi cette glande représentée par une alvéole ovalaire (longue de 1/10 de ligne, large de 1/6), à parois formées par du tissu conenneux embryonnaire, et renfermant un amas de cellules à noyaux. Il semble résulter de là, dit-il, qu'à cette époque du développement embryonnaire, la glande coccygienne est encore simple et que sa segmentation en alvéoles multiples ne s'opère que plus tard.

Nous nous serions contenté de ces détails anatomiques, si dans les dissections entreprises sous la direction de M. Michel, nous n'avions constaté des résultats sensiblement différents de ceux du professeur de Tubingue.

Nous avons répété les recherches de M. Luschka sur huit adultes et deux enfants nouveaux-nés. Dans toutes ces dissections, en suivant les indications de l'anatomiste de Tubingue, nous avons mis à nu, dans la fossette terminale de la pointe du coccyx, un petit corps ovoïde, légèrement rosé, entouré d'un réseau capillaire, et plongeant dans une atmosphère de tissu graisseux. Une seule fois, il se composait de deux ou trois granulations. Sa grosseur n'a pas dépassé 3 millimètres dans son plus grand diamètre et un millimètre dans son plus petit. Il était aussi plus grand chez les adultes que chez les nouveaux-nés.

Examen microscopique.

Après avoir, par une dissection minutieuse, dégagé les petits grains glanduliformes de tout le tissu graisseux qui les environnait, nous les avons soumis successivement à un examen microscopique, en variant les grossissements de 80 à 340 diamètres. A un faible grossissement, les petits corps, chez les enfants, représentent une loge ovoïde, à contenu transparent, uniforme, limité de toutes parts par une membrane assez épaisse. Chez les adultes, au contraire, par ce même examen, il nous est arrivé d'apercevoir dans l'intérieur de ces petits corps, deux ou trois grandes cellules rondes, de 1/20 à 1/15 millimètre, séparées l'une de l'autre par des cloisons, et dont la transparence tranchait sur le restant du contenu.

Nous avons dit que ces corps ovoïdes nous avaient toujours paru fermés de toutes parts; cependant, pour être juste, il nous est arrivé de rencontrer parfois, à la petite extrémité de l'ovoïde, comme un prolongement tubulaire, libre à une de ses extrémités, et plongeant par l'autre dans l'intérieur du corps glanduliforme, où il disparaissait dans le contenu.

L'addition de l'acide acétique rendait un peu plus évident les premiers détails perçus à un grossissement de 80 diamètres. Nous avons éraillé ces petits corps à l'aide de deux pointes de scalpel, afin de fendre la membrane d'enveloppe et d'observer mieux le contenu. Nous dirons en passant que cette membrane est résistante, dure, et donne assez bien à la coupe la sensation d'une lamelle de cartilage.

En examinant les grains glanduleux après cette dissection, nous avons vu comme M. Luschka :

1° Des vésicules;

2° Des culs-de-sac;

3° Des tubes plus ou moins séparés les uns des autres par des espaces d'une constitution histologique différente.

Seulement l'étude de ces détails ne peut être faite qu'à l'aide de grossissements plus considérables, variant de 280 à 340 diamètres.

Ici nous devons dire que notre interprétation des données microspiques diffère sensiblement de celle de M. Luschka ; aussi nous nous y arrêterons un moment.

1° *Examen des vésicules.* — M. Luschka les décrit ainsi : Leur diamètre varie de 0,04 à 0,12 millimètres. Elles sont disséminées en grand nombre parmi les autres éléments, etc. Nous avons reconnu en effet ces vésicules ; mais je dois dire que, malgré nos efforts, nous ne sommes jamais parvenu à en isoler une ; chaque fois que nous avons tenté cette dissection, nous avons cru constater que ces vésicules étaient l'aboutissant d'un tube; ou représentait l'extrémite terminale d'un de ces derniers coupé et vu de face. Sur une glande coccygienne prise sur une femme, cette disposition était très-facile à constater, et nous avons pu la faire vérifier par M. Koeberlé, notre habile chef des travaux anatomiques, et versé lui-même dans les études micrographiques.

D'autre part, nous avons vu qu'en cherchant à disséquer plus en détails, certaines de ces vésicules avaient diminué de volume, et l'on trouvait après elles un prolongement tubulaire plus considérable.

Nous en conclurons donc que ces vésicules, au lieu d'être des corpuscules isolés comme l'admet M. Luschka, ne seraient que des sections de tube vues de face pour les plus petites, tandis que les plus grandes seraient des entortillements de tube. Au surplus, nous avons pu produire des coupes sur le porte-objet telles qu'au premier abord elles offraient une grande analogie, comme forme, avec celles qu'offre un corps de Malpighi au microscope.

2° *Culs-de-sac.* — Ici nos recherches concordent avec celles de l'anatomiste de Tubingue; seulement les changements qu'il signale nous paraissent être le résultat de l'entortillement du tube qui, selon nous, serait la partie fondamentale de ce petit corps glandulaire.

3° *Tubes.* — Ces tubes sont généralement contournés sur eux-mêmes, seulement j'ajouterai que nous en avons vu d'assez ongues por-

tions droites ou légèrement ondulées, et dont le diamètre transversal mesurait 1/20 à 1/15 millimètre.

La structure intime de ces tubes se compose d'une membrane hyaline et d'un contenu. Le contenu varie, surtout avec l'âge. Chez les nouveaux-nés, il était formé par de petites cellules polyédriques à noyaux très-marqués, de la grandeur de 1/80 à 1/100 millimètre. Chez les adultes, au contraire, ce contenu avait l'air granuleux, tassé, et sous l'influence de l'acide acétique, on aurait dit qu'il était disposé par couches, au milieu desquelles on voyait quelques noyaux allongés dans le sens du grand diamètre du tube.

La couleur de ces tubes, avant l'action de l'acide acétique, est jaunâtre. Leur nombre varie ainsi que la facilité qu'on éprouve à les isoler. Chez les enfants nouveaux-nés ils présentent en général plus de difficultés, soit pour les isoler, soit pour les apercevoir.

On se rappelle que nous avons dit, en commençant, avoir vu des prolongements tubulaires à la petite extrémité de l'ovoïde examiné à un faible grossissement. Nous avons répété les mêmes observations avec un grossissement plus fort ; mais là s'arrêtent nos recherches. Nous ignorons si ces tubes étaient des prolongements allant à l'extérieur ou s'ils n'étaient que des extrémités coupées fortuitement pendant la dissection.

Notre manière de voir diffère donc de celle de M. Luschka, sur la nature réelle de la glande et sur son identité supposée avec les glandes vasculaires, et en particulier avec la glande pituitaire. Il faut avouer que nous n'avons pu constater la plus petite analogie entre cette dernière et la glande coccygienne. De même aussi, nous ne pouvons classer la glande coccygienne parmi les glandes vasculaires, puisqu'aucune de celles-ci n'offre cette forme tubulaire. Ce serait plutôt avec les glandes sudoripares qu'on pourrait trouver de l'analogie. Mais nous n'oserions nous prononcer plus complétement avant que de nouvelles recherches nous aient permis de constater certains faits qui nous échappent encore.

PATHOLOGIE.

On doit comprendre facilement que les tumeurs sont les seuls états pathologiques que l'on ait observés jusqu'ici, comme pouvant se rapporter à cette glande.

D'après les recherches que nous avons faites, ces tumeurs ont été observées depuis très-longtemps chez des enfants nouveaux-nés ; mais, ainsi que nous l'avons dit, nous n'avons trouvé aucun exemple qui ait trait à l'âge adulte ; les trois observations que nous rapportons n'avant pas encore été publiées. Nous pouvons donc diviser ces tumeurs en congéniales et acquises.

I. *Tumeurs congéniales.*

Les observations qui se rapportent à ces tumeurs sont assez nombreuses et ont été diversement interprétées. Ainsi Meckel, qui a rencontré plusieurs de ces tumeurs, les a regardées comme des spina-bifida, d'autres comme des tumeurs herniaires, etc. etc., de sorte qu'il est assez difficile de les reconnaître par la description que l'on en a faite.

Nous avons donc dû faire un choix et nous borner aux observations les plus en rapport avec notre travail. Nous citerons donc en première ligne une observation de M. Luschka, une autre de M. Heschl, une troisième toute récente de M. Giraldès, et enfin quelques observations prises dans une thèse qui a été soutenue par M. le docteur Vehling.

C'est parces dernières, comme étant de date plus ancienne, que nous commençons.

Orservation. I. — Un enfant de 4 semaines est présenté à M. le professeur Stolz, pour une tumeur qu'il porte dans la rainure interfessière et au coccyx. Cette tumeur est comme implantée dans l'espace compris entre la face antérieure du sacrum et l'extrémité inférieure

du rectum. Elle est constituée par une ampliation considérable de la peau du périnée et de la fesse droite. La partie supérieure est rétrécie (collet), élastique; l'autre ovoïde, bleuâtre, analogue à une hydrocèle. Elle est indolore à la pression, pas de paralysies ni de convulsions.

Ponction de la tumeur par M. Stolz.

Écoulement d'une sérosité rougeâtre, opaline, transparente.

Ensuite, ablation de la tumeur par deux incisions, embrassant le pédicule. — Guérison.

Cette tumeur était formée par une membrane fibreuse à laquelle adhèrent plusieurs kystes.

Obs. II. — Tumeur tombant entre les cuisses; sacrum et coccyx recourbés en arrière.

Obs. III. — Enfant bien conformé. Tumeur du volume de la tête d'un fœtus, prenant naissance par un collet près du coccyx et descendant jusqu'aux mollets.

Ablation. — Guérison.

Obs. IV. — Tumeur bilobée, renfermant une sérosité filante, et une matière gélatineuse; absence du sacrum, déviation à gauche de la colonne lombaire, rétrécissement du rectum.

Mort. — Par ramollissement de l'estomac.

Obs. V. — Tumeur couvrant le coccyx et la partie inférieure du sacrum, mobile sous la peau, bosselée, fluctuante, parsemée de nombreuses veines et insensible.

Ponction : sérosité albumineuse.

Ablation : par deux incisions semi-elliptiques circonscrivant la base de la tumeur.

Mort de cause inconnue.

Volume de la tumeur : tête d'un fœtus.

Nature : Kyste multiloculaire, formé par une membrane dense analogue à la dure-mère.

Obs. VII. — Tumeur siégeant au coccyx.

Ligature : chute et guérison.

Obs. VIII. — Tumeur située au coccyx, bosselée, fluctuante par endroits.

Mort, trois jours après la naissance.

Obs. IX (Meckel). — Kystes multiloculaires siégeant au coccyx et renfermant, les uns une substance charnue, les autres une sérosité jaunâtre.

Obs. X. — Tumeur molle située entre l'anus et le coccyx.

Obs. XI. — M. Luschka a observé un kyste du périnée dans lequel il aurait même retrouvé les éléments de la glande (voir *Gazette hebdomadaire*, 1860, n° 16).

Obs. XII. — M. Heschl a observé un fœtus à terme présentant, outre une imperforation rectale et une duplicité du vagin et de l'utérus, une tumeur du volume d'une noix, située au niveau du sommet du coccyx, auquel elle était rattachée par quelques filaments blanchâtres. Son siége correspondait par conséquent exactement à celui de la glande coccygienne.

Cette tumeur présentait à l'extérieur une grande analogie avec une glande salivaire. Sa surface présentait des lobules circonscrits par des sillons superficiels; elle avait une coloration gris rosée, une consistance assez notable; la forme était à peu près arrondie avec un léger aplatissement antéro-postérieur. En l'incisant, on constata qu'elle renfermait plusieurs petites cavités, ayant le volume d'un grain de chenevis à celui d'un haricot, et remplies d'une masse cholestéatomateuse qui présentait à l'examen microscopique les éléments habituels de l'épithélium pavimenteux. Ces cavités étaient formées par du tissu connectif; la tumeur était par conséquent un kyste fœtal, dont la structure faisait encore voir une analogie avec l'organe dont l'hypertrophie et la dégénérescence lui avaient donné naissance. (Extrait de la *Gazette hebdomadaire*, 1860, n° 38.)

Obs. XIII. — M. Giraldès présenta dans la séance du 21 novembre 1860 une petite fille âgée de 20 jours, portant dans la région sacro-

coccygienne une tumeur qui se prolongeait sur les fesses. Elle était fluctuante, mobile, remplie par un liquide peu épais, car, en palpant la tumeur, il se déplaçait aisément comme celui de l'ascite; des veines rampaient autour de la tumeur qui était bilobée. Un sillon, au fond duquel apparaissait l'ouverture anale, la partageait en deux parties, l'une droite, l'autre gauche; elle était bleuâtre, très-transparente, et l'intérieur semblait être traversé par des cloisons; enfin, lorsque l'enfant criait, cette tumeur était plus tendue. D'après ces caractères, et bien qu'il fut impossible de refouler la tumeur jusque dans le crâne, on pensa qu'il s'agissait d'un spina-bifida et que les cloisons n'étaient autre chose que les filets nerveux émanés du canal rachidien. Le sacrum semble épaissi et ne paraît pas se terminer en pointe. L'enfant étant mort à la suite d'un érysipèle, une ponction pratiquée quelque temps après la mort a donné issue à 850 grammes d'un liquide jaunâtre et poisseux, qui, examiné au microscope, a présenté des paillettes d'épithélium et des globules sanguins. De plus, l'analyse chimique a reconnu la présence de l'albumine et du chlorure de sodium. Il fut de suite évident qu'un semblable liquide ne pouvait pas provenir d'un spina-bifida, et, en effet, l'examen anatomique de la tumeur fit reconnaître qu'il s'agissait d'un kyste qui, se détachant de la pointe du coccyx, descend en arrière du rectum qu'il repousse en avant ainsi que le muscle sphincter externe. Ce kyste, complétement clos, n'offre aucune communication avec le canal rachidien; c'est probablement un kyste hématique analogue à ceux que l'on observe dans la région du cou. Ils succèdent à un épanchement sanguin qui se forme pendant la gestation.

M. Chassaignac l'avait déjà examiné et il lui avait été impossible de reconnaître la présence du sacrum en introduisant une algalie dans le rectum. (Extrait de l'*Union médicale*, 4 décembre 1860.)

Tumeurs des adultes.

Observation I (de M. Michel). — Tumeur stéatomateuse siégeant à la pointe du coccyx. Extirpation deux ans après son apparition.

Dans le courant d'octobre dernier, Mad. X. nous a consulté pour une tumeur siégeant au coccyx. Nous avions déjà vu cette dame un an auparavant.

Voici les renseignements qu'elle nous a transmis et le résultat de notre examen : Agée de 30 ans; elle a eu deux enfants, dont l'un a 8 ans et l'autre 3 ans. C'est quelques mois à la suite de sa dernière couche qu'elle s'aperçut d'une petite tumeur siégeant à la pointe du coccyx. Indolente au toucher, elle devint un peu plus sensible au moment des époques et dans la position assise.

La première fois que nous vîmes cette tumeur, dans le courant d'octobre 1859, elle avait la grosseur d'une noix. Elle était ronde, élastique, bien limitée, adhérent assez fortement à la surface postérieure de la pointe du coccyx.

Nous crûmes à l'existence d'un kyste séreux, et nous conseillâmes à la malade de ne rien faire, sauf à l'extirper si elle augmentait.

L'année suivante, 26 octobre 1860, nous revîmes cette dame. La tumeur avait considérablement augmenté de volume. Elle s'étendait dans la rainure interfessière, de l'anus à la face postérieure du sacrum. Elle offrait son plus grand diamètre près de l'anus, qu'elle débordait un peu plus à droite qu'à gauche. Elle était toujours fortement fixée au coccyx, mais elle était libre de toute adhérence avec la peau. Elle donnait à la palpation une sensation de mollesse, mais pas de fluctuation.

La tumeur gênait la malade lorsqu'elle était assise et surtout à l'époque menstruelle.

La défécation était plus difficile. N'étant pas sûr de la nature du contenu, nous pratiquâmes une ponction exploratrice. La sonde ramena de la bouillie stéatomateuse. Les jours qui suivirent cette ponction, la tumeur fut douloureuse et parut même prendre de l'accroissement, selon la malade. Aussi se décida-t-elle à l'extirpation.

Le 27 octobre, la malade étant chloroformée, nous faisons une incision longitudinale de 5 centimètres dans la rainure interfessière.

Cette première incision comprit la peau et le tissu cellulaire. Nous arrivâmes sur le kyste, que nous fendîmes à peu près dans le tiers de sa longueur. Il s'écoula une masse stéatomateuse considérable, à odeur forte de graisse rance.

Après avoir débarrassé le kyste de son contenu, nous en saisîmes le parois avec une pince à dissections et nous procédâmes avec le doigt à son énucléation.

Cette partie de l'opération se fit assez facilement dans toute l'étendue de la tumeur, à l'exception de la portion qui touchait la pointe du coccyx. Là nous fûmes obligés de couper quelques adhérences fibreuses.

Après l'enlèvement de la tumeur, nous avions une cavité de la grandeur d'un œuf de poule, s'étendant en avant sur la paroi postérieure de l'anus et du rectum, sur les côtés au milieu du tissu graisseux péri-rectal, en arrière sur la face postérieure du coccyx et la partie inférieure du sacrum.

Le pansement consista seulement dans une mèche de charpie introduite dans la plaie, qui suppura pendant une quinzaine de jours, sans offrir de phénomènes notables.

Seulement lorsque la cicatrice a été sur le point de se former et que la malade voulait s'asseoir, elle faisait saigner les bords de la solution de continuité.

Nonobstant, la guérison ne tarda pas à s'effectuer et aujourd'hui elle est complète.

Examen anatomo-pathologique de la tumeur. — Cette tumeur avait la forme et le volume d'un œuf de poule. Sa grosse extrémité était tournée vers le rectum. On remarquait sur sa surface externe quelques saillies formées par des bosselures. Elle se composait d'une enveloppe et d'un contenu.

L'enveloppe se composait elle-même de deux couches bien distinctes, l'une fibreuse externe, souple, élastique, donnant au microscope les éléments du tissu cellulaire, et l'autre sous forme de lamelle, mince,

transparente, fragile et ressemblant pour l'aspect à une lame cartilagineuse très-fine.

Au microscope, cette lamelle transparente était formée par des cellules épithéliales, polygonales, aplaties, tassées, transparentes et mesurant en moyenne 1/40 de millimètre.

Le contenu était formé d'une matière blanchâtre, disposée en lamelles sur la circonférence, et confondues en une masse suifeuse au centre.

L'examen microscopique de ce contenu prouve qu'il se composait de lamelles épithéliales, polyédriques, entremêlées de matière grasse en grains.

Obs. II (de M. le prof. Stolz). — Noll, Béatrix, âgée de 27 ans, ouvrière de fabrique. Tempérament lymphatique, constitution assez bonne, cheveux châtains clairs. N'accuse aucune maladie antécédente, si ce n'est une affection de poitrine qui l'a retenue au lit pendant 5 jours, mais qui s'est prolongée pendant 15 semaines environ. Il y a deux ans de cela maintenant. La femme n'a pas eu de maladie interne depuis. Réglée à 17 ans, toujours sans accidents et assez régulièrement.

Entrée à l'hôpital civil de Strasbourg (service d'accouchements de la maternité) le 9 juillet 1860, affectée d'une tumeur à la fesse gauche.

Cette tumeur a débuté, il y a à peu près 5 ans, par un petit tubercule indolent qui se développa au côté gauche de la partie inférieure du sacrum et du coccyx, un peu au-dessus de la marge de l'anus. Ce tubercule était, quand la malade s'en aperçut, d'abord de la largeur de 1 centimètre à 1 1/2, très-dur, indolore. La malade le prit à son début pour une excroissance de l'os de cette région.

Les trois premières années de son apparition, cette tumeur ne gêna pas beaucoup la malade; ce n'est que depuis deux ans que la femme ressent quelques douleurs dans cette région, d'abord seulement quand la tumeur était froissée ou comprimée; ces douleurs de-

viennent peu à peu plus vives, le volume de la tumeur, qui était resté jusque-là stationnaire, augmente, les parties environnantes furent à plusieurs reprises le siége d'accidents inflammatoires, enfin la douleur devint à peu près continue avec des rémissions et des exacerbations. Les douleurs, cuisantes au siége même de la tumeur, mais sans élancements, se propageaient le long du dos et surtout de la partie postérieure de la cuisse gauche et de la jambe, suivant assez bien le trajet du nerf sciatique. Le décubitus dorsal devient impossible, la station assise même, douloureuse à la longue, la marche pénible et à diverses époques correspondant aux exacerbations inflammatoires que nous avons mentionnées, claudicante ou même impossible. Le membre inférieur gauche était très-engourdi.

A l'époque de son entrée, la malade présente à la partie gauche du coccyx et sur le ligament sacro-sciatique une tumeur du volume d'un poing d'enfant, recouverte par la peau qui fait dans cette région une saillie correspondant au volume de la tumeur. La peau est saine ainsi que le tissu cellulaire graisseux sous-jacent; elle n'est pas adhérente à la tumeur.

La tumeur elle-même est dure, présente pourtant à la superficie une certaine élasticité. Elle est rénitente et très-adhérente aux parties subjacentes. On peut l'examiner, la palper, sans que la malade éprouve des douleurs notables.

La malade s'est adressée au médecin pour la première fois au mois d'avril passé, au moment d'une des exacerbations inflammatoires des accidents. Trois cautérisations ponctuées faites successivement améliorèrent la situation en faisant évanouir les phénomènes aigus; mais la tumeur commença à se ramollir dès cette époque. La malade n'a pas subi de traitement depuis. Son frère était également porteur d'une tumeur aux bourses de nature inconnue, dont il fut opéré à l'âge de 16 ans et qui n'a pas reparu depuis.

Ablation de la tumeur le 30 juillet. M. Stolz fit une incision de 8 à 10 centimètres de longueur sur la partie médiane de la tumeur, à

1 1/2 centimètre de la ligne médiane du corps et parallèle à celle-ci.

La peau et le tissu cellulaire sont coupés, et l'opérateur tombe sur le sommet de la tumeur qu'il énuclée, mais qui est trouvée ensuite très-adhérente à la base, où elle paraît fixée en partie sur des protubérances coniques de l'os du sacrum, de 1 à 1 et demi centim. de hauteur, en partie sur le ligament sciatique. La tumeur adhère aussi à sa base, dans une petite étendue, au tissu musculaire du fessier et du sphincter de l'anus.

La tumeur ayant été complétement isolée par l'énucléation et la dissection des parties voisines, l'opérateur la coupe au moyen de ciseaux courbes, en ayant soin de raser la partie osseuse autant que possible dans le sens longitudinal.

La partie excisée de la tumeur présente une coque fibreuse comme celle d'un kyste, renfermant vers la partie supérieure une substance jaunâtre, comme caséeuse, athéromateuse, qui prend de plus en plus de la consistance à mesure qu'on arrive à la base, où elle devient de consistance et d'apparence fibreuse, puis fibro-cartilagineuse, et tout à fait à la base, là où elle adhérait à l'excroissance osseuse du coccyx, elle est presque cartilagineuse. L'intérieur de la tumeur est criblé de vacuoles canaliculées, renfermant une matière liquide ressemblant à du pus.

Examen microscopique. — A l'examen fait par M. le professeur agrégé Morel, on trouve que la tumeur est de la nature des fibrômes. La partie dure, fibreuse de la base, est formée exclusivement de fibres à noyaux; la partie molle caséeuse est composée des débris de ces fibres et de globules graisseux, de plus en plus considérables et nombreux, à mesure qu'on examine des parties qui avaient été plus près du sommet de la tumeur.

Le liquide des vacuoles est composé de granulations graisseuses et de cristaux nombreux de cholestérine. On ne trouve dans la tumeur aucun élément de nature suspecte.

Pansement. — La plaie est nettoyée et les deux lèvres rapprochées

par 5 ou 6 points de suture entortillée. Le pansement est complété par un gâteau de charpie, quelques compresses et un bandage en T.

Du 1er au 7 août il y eut quelques symptômes fébriles, accompagnés d'accidents locaux qui se terminèrent par une suppuration assez abondante, toutefois avec une réunion de la presque totalité des bords de la plaie, à l'exception des deux angles.

En sondant par ces orifices fistuleux, on tombe dans une cavité assez considérable, circonstance qui engagea M. le professeur Stolz à passer dans son intérieur un tube à drainage. Ceci avait lieu le 1er octobre, deux mois après l'opération.

Malgré ce nouveau pansement, les trajets fistuleux existaient encore le 19 novembre, époque à laquelle la malade quitta l'hôpital, ayant un état général bon, et pouvant déjà s'asseoir et marcher sans éprouver de gêne considérable dans le point opéré.

Obs. III (de M. le professeur Ehrmann).— En 1832, époque à laquelle M. Ehrmann faisait la clinique chirurgicale, il enleva chez un jeune homme de 24 ans une tumeur située à la région coccygienne.

Cette pièce se trouve déposée au musée d'anatomie pathologique. Le kyste a été enlevé avec une partie de la peau qui le recouvrait. Son volume égalait celui d'un œuf de pigeon. Le contenu, au rapport de M. Ehrmann, était liquide et la membrane d'enveloppe fibreuse. Le malade a bien guéri. Cette observation manque de détails sans doute, mais si l'on tient compte du siége de la tumeur, on peut aussi la rapporter à la glande coccygienne.

II. *Siége de ces tumeurs enkystées.*

Peut-on les rapporter à la glande coccygienne? Un premier point qui frappe, c'est que toutes ces tumeurs prennent naissance à la pointe du coccyx. Ce détail intéressant est fourni dans toutes les observations où la dissection a été faite avec quelque soin. Si ces tumeurs, une fois formées, semblent se porter à droite ou à gauche de la ligne médiane

dans le voisinage du rectum, ainsi que l'indiquent les observations, cela tient aux rapports de la glande avec les attaches coccygiennes du releveur de l'anus. On comprend aisément que la résistance peut être plus grande à droite qu'à gauche, et réciproquement, de sorte que le kyste sera déjeté sur un des côtés, et arrivera ainsi dans la grande poche graisseuse latérale du périnée, où il pourra se développer sans difficulté.

Une raison qui milite encore en faveur de cette manière de voir, c'est le développement assez rapide que la tumeur a prise chez les sujets de ces mêmes observations, développement favorisé par l'absence d'une rénitence aussi considérable que celle qui existe au début de ces tumeurs.

On pourrait se demander ici pourquoi les tumeurs congéniales sont en général plus grandes que celles acquises.

Nous emprunterons encore une raison à l'anatomie de la région. Pour arriver sur la glande par la partie postérieure, on coupe de larges et solides brides musculo-fibreuses qui partent de la pointe du coccyx et vont se jeter sous forme de raphé sur la face postérieure du rectum. Or, ces fibres si solides à l'âge adulte, sont loin d'avoir une telle solidité pendant la vie utérine. La résistance est moindre et le développement morbide de la glande plus facile. Si vous ajoutez à cela la puissance formatrice si grande pendant la période fœtale, on se rendra un compte suffisant de l'accroissement inégal de ces tumeurs à ces deux époques de la vie. D'un autre côté, les détails d'anatomie pathologique viennent encore confirmer notre manière de voir.

Bien qu'il soit difficile au premier abord de trouver une parfaite identité entre ces diverses tumeurs, cependant qu'on n'oublie pas que dans les faits de MM. Stolz, Heschl, Luschka, Giraldès et Michel, le kyste était lobulé, que dans le fait de M. Stolz, l'intérieur était criblé de vacuoles canaliculées. Or, cette disposition cadre assez bien avec l'anatomie descriptive d'une glande.

Les détails micrographiques eux-mêmes nous semblent concluants

Sans parler du fait de M. Luschka, qui a trouvé les épithéliums vibratiles dans les kystes comme dans la glande, n'existe-t-il pas une relation exacte entre les détails fournis par MM Heschl et Michel. Ce sont des cellules pavimenteuses qui forment tout le kyste. Ce sont les mêmes éléments mêlés à un liquide que signale M. Giraldès. Quant à l'analyse de M. Morel, elle est au premier abord sensiblement différente ; cependant il y a, comme dans les deux premières, une grande quantité de graisse sous forme de grains et de cristaux de cholestérine.

Pour ce qui est de ces débris de fibres, ne seraient-elles pas le résultat de la fonte du contenu fibroïde, de certains tubes que M. Michel a constaté à l'état normal dans quelques-unes de ses analyses.

Il semble donc résulter pour nous, de l'analyse de ces observations, que les tumeurs peuvent être rapportées à la glande coccygienne.

Je pourrais maintenant donner quelques détails sur la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement de ces tumeurs ; mais ces éléments se trouvent compris dans les observations. Nous croyons cependant devoir faire remarquer que le pronostic est favorable et que chaque fois que l'ablation de ces tumeurs a été faite, la guérison s'en est suivie. Cependant on doit comprendre toute la terreur qu'inspire l'instrument tranchant et que tout autre mode de traitement qui pourrait amener la guérison lui serait sans doute préférable. Ainsi, les injections iodées pour les kystes simples, etc. Mais nous laisserons à des observateurs plus éclairés le soin de traiter cette question, qui s'écarte du reste du but que nous nous sommes proposé en entreprenant ce travail.

Bon pour imprimer :

Le Président de la thèse, MICHEL.

Permis d'imprimer.

Le Recteur, DELCASSO.

QUESTIONS

POSÉES PAR LA FACULTÉ ET TIRÉES AU SORT EN VERTU DE L'ARRÊTÉ DU CONSEIL DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE DU 22 MARS 1842.

1° *Anatomie.* — Quel est le rapport intime qui existe entre la membrane sclérotique et les tendons des muscles de l'œil ?

2° *Anatomie pathologique.* — Des fongosités considérées dans les divers tissus.

3° *Physiologie.* — Du saut oblique.

4° *Physique médicale.* — Du calorique comme moyen de ventilation.

5° *Médecine légale.* — Des causes de la putréfaction, des circonstances qui influent sur elle, des produits auxquels elle donne naissance.

6° *Accouchements.* — Qu'est-ce qu'on appelle tranchées utérines chez les femmes accouchées ?

7° *Histoire naturelle médicale.* — Quelles sont les espèces de *papaver* dont les fleurs peuvent servir comme succédanées du coquelicot ?

8° *Chimie médicale et toxicologie.* — Du lait; sophistication; procédés galactométriques.

9° *Pathologie et clinique externes.* — Déterminer les cas où, dans les fractures du crâne, l'opération du trépan est formellement indiquée.

10° *Pathologie et clinique internes.* — Des signes caractéristiques de la syphilis.

11° *Médecine opératoire.* — Des opérations applicables aux cals difformes.

12° *Matière médicale et pharmacie.* — Quel est le mode d'action et quels sont les usages de l'assa fœtida ?